E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
NIT: 860024026 - 5

LUGAR FACTURACION: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON

Codigo Habilitación No. 254860003701

Carrera 6 N° 9 - 40 Sur Tel. Citas 301 138 1276

FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN N° 18764102594831 de Diciembre 04 de 2025 del No. HSVN 784002 al HSVN 829002 vigencia 24 meses. No somos grandes contribuyentes.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSVN810725

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FECHA EXPEDICIÓN: 25/08/2026 17:28:00
FECHA GENERACIÓN: 25/08/2026 17:30:00
FECHA VENCIMIENTO: 24/09/2026 17:28:00

Empresa Responsable Cuenta: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Nit:** 899999113-3
Contrato: CONV INT SS-CD-CVI-998-2025 **Autorización:** Sin Autorizacion **F. Autorización:** 25/08/2026

Paciente: DE NEMOCON HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Tipo / No. Documento:** CC 001
Dirección: nemocon **Telefono:** 00000 **Edad:** 26 A 3 M 15 D 17 H 28 Min
Estrato: Excepcion **T. Usuario:** Excepcion **Carnet:**

Ingreso: 2026-08-25 17:28 **Egreso:** 2026-08-25 17:28 **Dx Egreso:** Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
		SERVICIOS PRESTADOS EN : CONSULTA EXTERNA			
Ninguno					
1016	1016	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-998-2025	10,000,000.00	1.00	10,000,000.00

Vr. Descuento: **0.00**

Vr. Total Servicios Prestado: **10,000,000.00**

Copago a realizar por el paciente: **0.00**

Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: **10,000,000.00**

Vr Empresa: **DIEZ MILLONES PESOS M/CTE**

Vr Paciente: **CERO PESOS M/CTE**

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable | **Firma Cajero** | **Autorizada Por**

Usuario que Elabora: LUZ MILA CARRILLO VELASQUEZ **Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2**

Pagina Web: https://www.hospitaldenemocon.gov.co

CUFE: bc6cdbaca1f2f45c584524ccc492ae47b3d846b8ef4218ee942edf6ae8ccecdfd049402793873e74341c46241e974a32